

PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE À OBESIDADE



DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE
DIVISÃO DE DOENÇAS GENÉTICAS, CRÓNICAS E GERIÁTRICAS

PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE À OBESIDADE

LISBOA, 2005

VITORALVES95

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas
Programa nacional de combate à obesidade. – Lisboa: DGS, 2005. – 24 p.

ISBN 972-675-128-4

Obesidade – prevenção e controlo / Obesidade-epidemiologia / Plano nacional de saúde / Planos e programas de saúde / Portugal

Programa aprovado por despacho ministerial de 28 de Janeiro de 2005

Elaborado por

António Sérgio
Flora Correia
João Breda
José Luís Medina
Manuela Carvalheiro
Maria Daniel Vaz de Almeida
Teresa Dias

Coordenação Científica

A. Galvão-Teles

Coordenação Técnica

Alexandre Diniz
Maria João Quintela

Editor

Direcção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 LISBOA
<http://www.dgs.pt>
dgsaude@dgsaude.min-saude.pt

Capa e Ilustração

Vitor Alves

Suporte Informático

Luciano Chastre

Impressão

Europress, Lda.

Tiragem

20 000

DEPÓSITO LEGAL

241581/06

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
CONTEXTO	6
PRINCÍPIOS ORIENTADORES	10
Definição, Diagnóstico e Classificação da Obesidade	10
Tipologia Morfológica e Comorbilidades	12
Benefícios da Perda de Peso	14
OBJECTIVOS	16
POPULAÇÃO-ALVO	17
HORIZONTE TEMPORAL	17
ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	18
ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO	20
ESTRATÉGIAS DE COLHEITA E ANÁLISE DE INFORMAÇÃO	21
CRONOGRAMA	22
ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO	23
BIBLIOGRAFIA	23

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade¹ é uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde.

A prevalência da obesidade, a nível mundial, é tão elevada que a OMS considerou esta doença como a epidemia global do século XXI.

A OMS reconhece que, neste século, a obesidade tem uma prevalência igual ou superior à da desnutrição e das doenças infecciosas. Por tal facto, se não se tomarem medidas drásticas para prevenir e tratar a obesidade, mais de 50% da população mundial será obesa em 2025.

Assim, a obesidade é uma doença crónica, com enorme prevalência nos países desenvolvidos, atingindo homens e mulheres de todas as raças e de todas as idades.

Depois do tabagismo, a obesidade é considerada, hoje, a 2.^a causa de morte passível de prevenção.

Nos países desenvolvidos verifica-se uma relação inversa entre o nível socioeconómico e a prevalência de obesidade, representando os seus custos económicos 2 a 7% dos custos totais da saúde. Estima-se que, em Portugal, os custos directos² da obesidade absorvam 3,5% destas despesas.

A pré-obesidade³ e a obesidade constituem, portanto, importantes problemas de saúde pública em Portugal, exigindo uma estratégia concertada, que inclua promoção de hábitos alimentares saudáveis e de vida mais activa.

Os dados existentes sobre amostras representativas da população levaram à identificação dos principais factores e grupos de risco para a obesidade, permitindo estabelecer prioridades de actuação.

A elevada prevalência da obesidade em Portugal e a sua taxa de crescimento anual, a morbilidade e mortalidade muito altas que, directa ou indirectamente, acompa-

¹ Obesidade (Índice de Massa Corporal ≥ 30).

² Os custos directos compreendem despesas com a prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, investigação, formação e investimento.

³ Pré-obesidade (Índice de Massa Corporal 25-29,9).

nam, a diminuição da qualidade de vida e os elevados custos que determina, bem como a dificuldade do seu tratamento, constituem a preocupação para o Ministério da Saúde que fundamenta a necessidade do Programa Nacional de Combate à Obesidade.

O presente Programa assenta num processo de cooperação e parceria entre sectores públicos, privados e não governamentais que actuam na área da saúde, com responsabilidades a nível local e regional. Outros sectores, como a educação, autarquias e empresas são, igualmente, chamados a colaborar e a assumir responsabilidades na operacionalização do Programa Nacional de Combate à Obesidade.

As intervenções, no âmbito do presente Programa, devem ser multidisciplinares e fazerem-se sentir a nível individual, na mudança de comportamentos, nos grupos de influência, nas instituições e na comunidade, num contexto de suporte, não estigmatizante, que tenha em consideração as influências sociais, culturais, económicas e ambientais.

O Programa Nacional de Combate à Obesidade deve articular-se com outros programas nacionais que integram o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, nomeadamente com o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, o Programa Nacional de Controlo da Diabetes, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares e o Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas.

Perante esta situação, impõe-se, numa perspectiva de prevenção, o planeamento de medidas e a definição de estratégias que devem ser aplicadas com precisão nos serviços prestadores de cuidados de saúde e difundidas pela população, de modo a travar a progressão de um problema tão grave como a obesidade.

O Programa Nacional de Combate à Obesidade aplicar-se-á, fundamentalmente, pelo desenvolvimento de acções a nível nacional e através da implementação de estratégias de intervenção, de formação e de colheita e análise de informação, as quais deverão sofrer replicação e adequação regional e local, de acordo com as especificidades existentes.

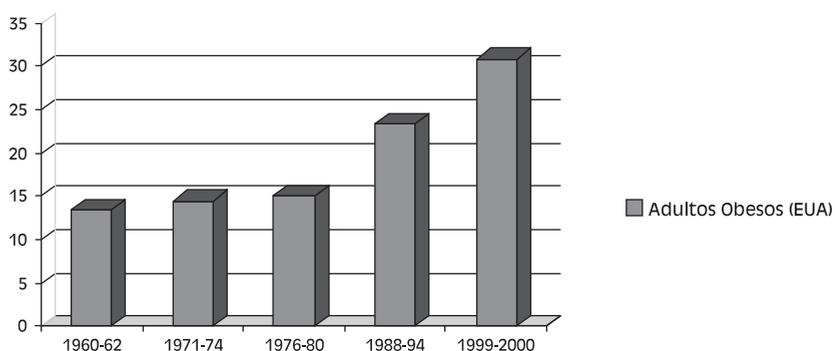
Para concretizar tais estratégias, a Direcção-Geral da Saúde elege, no âmbito do presente Programa, a Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade, a Socie-

dade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação, a Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, a Sociedade Portuguesa de Diabetologia e a Sociedade Portuguesa de Cirurgia da Obesidade como seus interlocutores científicos permanentes, sem prejuízo de poder recorrer a colaborações técnicas e científicas de outras sociedades, tais como a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral e outras instituições, a Associação de Doentes Obesos e Ex-Obesos de Portugal (ADEXO) e associações de profissionais.

CONTEXTO

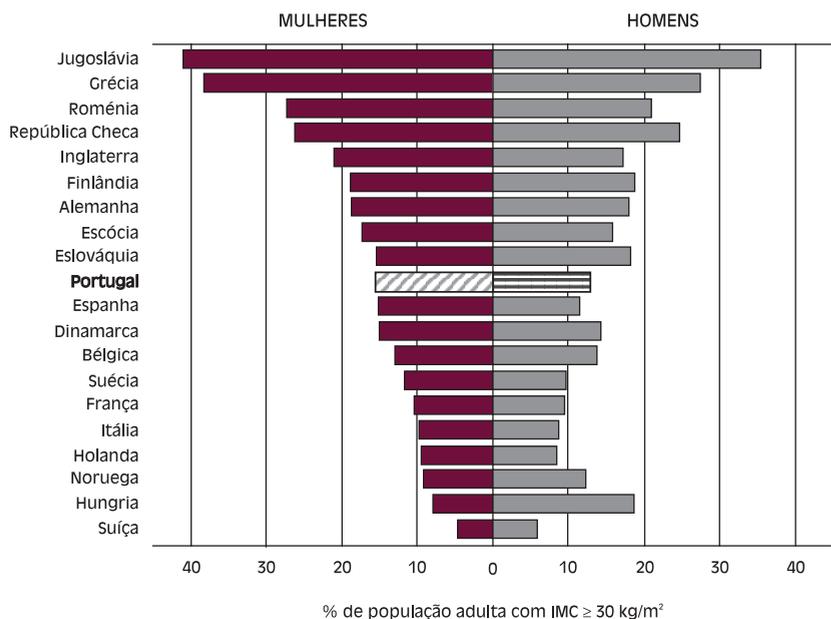
Nos Estados Unidos da América, a prevalência da obesidade tem sofrido um aumento ao longo das últimas décadas. Entre 1960 e 1962, a prevalência de adultos obesos era de 13,4%, tendo aumentado para 14,5% entre 1971 e 1974, 15% entre 1976 e 1980, 23,3% entre 1988 e 1994 e 30,9% entre 1999 e 2000. Na verdade, naquele País, a pré-obesidade e a obesidade são responsáveis por 14% das mortes por cancro no homem e por 20% das mortes por cancro na mulher.

Figura 1 – Evolução da prevalência da obesidade nos EUA (1971 – 2000)



Na maioria dos países da Europa, a obesidade é a epidemia em maior crescimento, afectando, actualmente, 10 a 40% da população adulta.

Figura 2 – Prevalência da obesidade na Europa



(Adaptada de International Obesity Task Force)

Em 1999 foi encontrada, na população da União Europeia com mais de 15 anos, uma prevalência da pré-obesidade de 41%. O aumento da obesidade em crianças e adolescentes é, também, cada vez mais preocupante.

A prevalência da pré-obesidade e da obesidade na população portuguesa adulta tem sido avaliada através do Índice de Massa Corporal (IMC)⁴, com uma prevalência média de cerca de 34% para a pré-obesidade e de 12% para a obesidade, sendo de realçar a grande percentagem de homens com pré-obesidade e obesidade, em relação às mulheres.

⁴ O IMC mede a corpulência e determina-se dividindo o peso, em quilogramas, pela altura em metros elevada ao quadrado (peso/altura²).

Quadro I – Percentagem de população portuguesa adulta com pré-obesidade e obesidade, por sexo

Estudo	IMC (Kg/m ²)			
	Homens		Mulheres	
	Pré-obesidade IMC 25-29,9	Obesidade IMC ≥ 30	Pré-obesidade IMC 25-29,9	Obesidade IMC ≥ 30
C. Afonso, %	38,8	7,3	28,1	10,8
ONSA, %	37,6	10,9	30,5	10,7
SPEO, 1999, %	41,1	12,9	30,8	15,4
SPEO, 2004, % ⁵	44,1	14,5	31,9	14,6

ONSA: Observatório Nacional de Saúde; SPEO: Sociedade Portuguesa Para o Estudo da Obesidade

Na população portuguesa com mais de 55 anos a prevalência da pré-obesidade e da obesidade é mais elevada, respectivamente, 1,9 e 7,2 vezes.

Por outro lado, os portugueses mais escolarizados apresentam cerca de metade da prevalência de pré-obesidade e um quarto da prevalência de obesidade, quando comparados com os de baixa escolaridade. A prevalência da obesidade é, também, mais elevada nas classes sociais mais desfavorecidas.

Quadro II – Percentagem da população portuguesa com pré-obesidade e obesidade, por nível de escolaridade

	Nível de Escolaridade		
	Primário	Secundário	Superior
Pré-obesidade IMC 25–29,9	38,2 %	27,2 %	17,8 %
Obesidade IMC ≥ 30	12,5 %	3,7 %	3 %

Nas crianças dos 7 aos 9 anos de idade, a prevalência da pré-obesidade e da obesidade, em Portugal, é de cerca de 31,56%, sendo que as crianças do sexo feminino apresentam valores superiores às do sexo masculino.

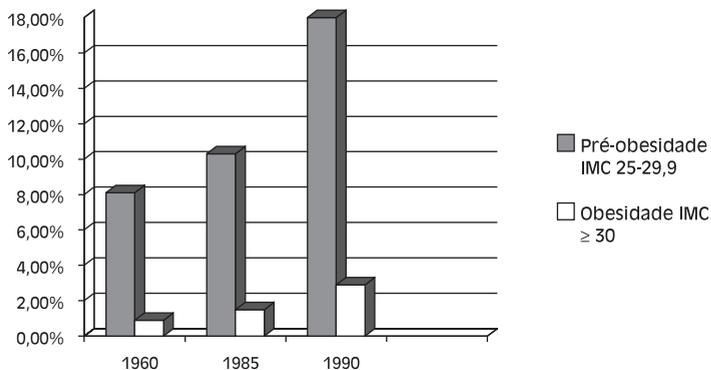
Existem, no entanto, disparidades a nível regional quanto à prevalência da pré-obesidade e da obesidade. É de realçar o interior norte e centro do País, onde se verifica a maior prevalência de pré-obesidade, e Setúbal e Alentejo, onde se destaca a maior prevalência de obesidade.

Relativamente à prevalência de pré-obesidade e obesidade observada noutras raças e etnias, nomeadamente mulheres de Cabo Verde a residir em Portugal, os valores estimam-se, respectivamente, em 43% e 26,5%.

⁵ Os dois estudos da SPEO são os únicos realizados com amostras representativas e medição directa pelo observador (peso e estatura).

Outro aspecto preocupante, decorrente do único estudo de seguimento da obesidade na população portuguesa para avaliar a sua tendência evolutiva, realizado em inspecções militares entre 1960 e 1990, em rapazes com 20 anos de idade, é a constatação do aumento constante verificado na prevalência da pré-obesidade e obesidade.

Figura 3 – Evolução da prevalência da pré-obesidade e da obesidade em mancebos portugueses



Por outro lado, o grau de instrução dos pais, as actividades sedentárias e o grau de urbanização do local de residência influenciam, também, a prevalência da obesidade. Isto é:

- maior grau de instrução dos pais, menor prevalência de obesidade;
- mais horas de televisão, jogos electrónicos ou jogos de computador, maior prevalência de obesidade;
- quanto mais urbana a zona de residência, maior a prevalência de obesidade.

A pré-obesidade e a obesidade estão, assim, directamente relacionadas com um balanço energético positivo, resultante de um excesso de ingestão em relação aos gastos.

No que se refere à actividade física é preocupante constatar que à medida que a idade avança, diminui a sua prática. Se dividirmos a maioria da população em dois grandes grupos, os que não praticam qualquer tipo de actividade física e aqueles

que a praticam, pelo menos, 3 horas e meia por semana, constatamos que mais de metade da população portuguesa não pratica actividade física regular, o que contribui para a pré-obesidade e obesidade.

Quadro III – Horas semanais de prática de actividade física, por sexo e grupo etário

Horas	Sexo		Idade cronológica		
	Masculino	Feminino	15-34	35-54	>55
0	49,5 %	70 %	47,8 %	65 %	70,7 %
≤ 1,5	2,7 %	2,7 %	1 %	5,1 %	2,3 %
1,5-3,5	7,5 %	6,5 %	8,8 %	6,8 %	4,8 %
≥ 3,5	40,4 %	20,8 %	42,3 %	23,2 %	22,2 %

É importante, também, o papel dos factores genéticos na génese da obesidade. Considera-se que os genes envolvidos no aumento de peso elevam a susceptibilidade ao risco para desenvolver obesidade, quando o indivíduo é exposto a condições ambientais favorecedoras. A obesidade tem, assim, tendência familiar, vendo-se, com frequência, crianças obesas filhas de pais obesos.

A gravidez e a menopausa podem, por outro lado, contribuir para um aumento de armazenamento de gordura na mulher, com excesso de peso, o que pode estar ligado à garantia necessária para assegurar a capacidade reprodutora.

PRINCÍPIOS ORIENTADORES

DEFINIÇÃO, DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DA OBESIDADE

A OMS define a obesidade como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde.

O excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia dispendida. Os factores que determinam este desequilíbrio são complexos e incluem factores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais. Este desequilíbrio tende a perpetuar-se, pelo que a obesidade é uma doença crónica.

Uma dieta hiperenergética, com excesso de lípidos, de hidratos de carbono e de álcool, assim como sedentarismo, levam à acumulação de excesso de massa gorda. Assim, o estilo de vida moderno, se não for modificado, predispõe ao excesso de peso.

O diagnóstico de pré-obesidade e de obesidade faz-se através do cálculo do IMC, o qual mede a corpulência e se determina dividindo o peso, em quilogramas, pela altura, em metros, elevada ao quadrado (peso/altura²). Existe uma boa correlação entre este índice e a massa gorda corporal.

Segundo a OMS, considera-se que há excesso de peso quando o IMC é ≥ 25 e que há obesidade quando o IMC é ≥ 30 . No entanto, em certos casos, nomeadamente nos atletas, nos indivíduos com edemas e com ascite, o IMC não é uma determinação fiável da obesidade, pois não permite distinguir a causa do excesso de peso.

O IMC permite, duma forma rápida e simples, dizer se um indivíduo adulto tem baixo peso, peso normal ou excesso de peso, pelo que foi adoptado internacionalmente para classificar a obesidade.

A obesidade classifica-se, assim, em três classes:

Classe I (IMC 30,0-34,9)

Classe II (IMC 35,0-39,9)

Classe III (IMC $\geq 40,0$)

Existe relação entre as classes referidas de obesidade e o risco de comorbilidades, que pode ser afectada por uma série de factores, incluindo a alimentação e o nível de actividade física.

Quadro IV – Classificação da obesidade no adulto em função do IMC e risco de comorbilidades

Classificação	IMC (Kg/m ²)	Risco de Comorbilidades
Baixo peso	< 18.5	Baixo (mas risco aumentado de outros problemas clínicos)
Varição normal	18.5 – 24.9	Médio
Pré-obesidade	25.0 – 29.9	Aumentado
Obesidade Classe I	30.0 – 34.9	Moderado
Obesidade Classe II	35.0 – 39.9	Grave
Obesidade Classe III	≥ 40.0	Muito grave

OMS 2000

As características dinâmicas dos processos de crescimento e maturação, que ocorrem durante a idade pediátrica, tornam difícil o diagnóstico de excesso de peso e de obesidade em crianças e adolescentes, não existindo um critério consensual.

Contrariamente ao adulto, em que é possível definir pontos de corte para a pré-obesidade e obesidade, na criança e no adolescente, com velocidades de crescimento que registam, em ambos os sexos, uma enorme variabilidade inter e intra-individual, tal intenção não é possível e tal associação não foi, ainda, provada.

Assim e à semelhança das variáveis antropométricas, que servem de base ao seu cálculo, o valor do IMC em idade pediátrica deve ser percentilado, tendo como base tabelas de referência. Ou seja:

- a) valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 85 e inferiores ao percentil 95 permitem fazer o diagnóstico de pré-obesidade;
- b) valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 95 permitem fazer o diagnóstico de obesidade.

TIPOLOGIA MORFOLÓGICA E COMORBILIDADES

Um aspecto importante na avaliação do obeso adulto é a distribuição da gordura corporal. Isto é:

- a) quando o tecido adiposo se acumula na metade superior do corpo, sobretudo no abdómen, diz-se que a obesidade é andróide, abdominal ou visceral, sendo típica do homem obeso;
- b) quando a gordura se distribui, sobretudo, na metade inferior do corpo, particularmente na região glútea e coxas, diz-se que é do tipo ginóide, sendo típica da mulher obesa.

A identificação destes tipos morfológicos tem grande importância, dado estar demonstrado, hoje, que a obesidade visceral se associa a complicações metabólicas, como a diabetes tipo 2 e a dislipidémia e doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial, a doença coronária e a doença vascular cerebral.

Existe evidência científica que sugere haver uma predisposição genética que determina, em certos indivíduos, uma maior acumulação de gordura na zona abdominal, em resposta ao excesso de ingestão de energia e/ou à diminuição da actividade física. Esta gordura visceral, localizada no interior do abdómen, está directamente relacionada com o desenvolvimento de insulinoresistência, responsável pela síndrome metabólica associada à obesidade.

Na prática clínica, a avaliação da obesidade abdominal faz-se pela medição do perímetro da cintura, utilizando uma fita métrica, no ponto médio entre o rebordo inferior da costela e a crista ilíaca.

Admite-se, com valor clínico e epidemiológico, a classificação de dois níveis de risco de complicações associadas à obesidade, através da determinação do perímetro da cintura. Ou seja, é indicador de risco muito aumentado e requer intervenção médica:

- a) um perímetro da cintura ≥ 88 cm na mulher;
- b) um perímetro da cintura ≥ 102 cm no homem.

Quadro V – Circunferência da cintura e risco de complicações metabólicas

Risco de complicações metabólicas	Circunferência da Cintura (cm)	
	Homem	Mulher
Aumentado	≥ 94	≥ 80
Muito aumentado	≥ 102	≥ 88

Na pessoa idosa, o perímetro abdominal é uma medida antropométrica mais importante do que o IMC, para avaliar o risco de mortalidade.

Assim, as comorbilidades associadas à obesidade determinam a gravidade desta doença. Ou seja, a obesidade andróide ou visceral está associada a diabetes tipo 2, dislipidemia, hipertensão arterial, disfunção endotelial, síndrome do ovário poliquístico, doença coronária, doença vascular cerebral e morte, sendo que a associação a estas doenças está dependente da gordura intra-abdominal e não da gordura total do corpo.

Quadro VI – Riscos relativos (RR) de doenças associadas à obesidade

AUMENTO		
GRANDE (RR >3x)	MODERADO (RR 2-3x)	LIGEIRO (RR 1-2x)
Diabetes tipo2	Doença coronária	Cancro (mama, na pós-menopausa endométrio)
Doença vesicular	Hipertensão	S. ovário poliquístico
Dislipidémia	Osteoartrose (joelho)	Alt. hormonas de reprodução, diminuição da fertilidade
Insulinorresistência	Hiperuricémia e gota	Dor lombar
Dispneia		Risco anestésico
Apneia do sono		Malformações fetais associadas à obesidade materna

O aumento da gordura subcutânea, embora não se acompanhe de risco aumentado para a síndrome metabólica, está, contudo, associado a doenças ortopédicas e a alterações psicossociais graves.

BENEFÍCIOS DA PERDA DE PESO

Os benefícios conseguidos através da perda intencional de peso, mantida a longo prazo por um obeso, podem manifestar-se na:

- saúde em geral;
- melhoria da qualidade de vida;
- redução da mortalidade;
- melhoria das doenças crónicas associadas.

Pequenas perdas de peso

Pequenas perdas de peso, definidas como perdas de 5 a 10% do peso inicial, melhoram o controlo glicémico, e reduzem a tensão arterial e os níveis de colesterol. Há, igualmente, benefícios na dificuldade respiratória, na apneia do sono e na sonolência diurna, bem como nos problemas osteoarticulares, variáveis neste caso, em função do grau da lesão. É importante ter em conta que estes ganhos de saúde poderão ser variáveis, de acordo com o tempo de evolução das comorbilidades instituídas.

Grandes perdas de peso

O paradigma deste tipo de perda é o conseguido pela cirurgia bariátrica. Pessoas com obesidade Classe III (IMC ≥ 40) conseguem ter perdas de 20 a 30kg (média de 4,5 Kg/mês nos primeiros 6 meses). Os benefícios conseguidos são substanciais, com reduções da tensão arterial na ordem dos 43% nos obesos hipertensos e melhoria dos níveis de glicemia em 69% nos diabéticos tipo 2.

Impacto da perda de peso nas comorbilidades associadas

a) Doença cardiovascular e hipertensão arterial

É, hoje, evidente que a perda de peso diminui o risco cardiovascular, dados os seus efeitos positivos na redução da tensão arterial e nos processos de hipercoagulação. Cada redução de 1% no peso corporal traduz-se por uma queda de 1 mmHg na tensão arterial sistólica e de 2 mmHg na diastólica. Tem grande influência, nesta melhoria, um regime alimentar adequado (restrição de sal e de gorduras saturadas), a actividade física e a cessação dos hábitos tabágicos.

b) Diabetes tipo 2 e síndrome de resistência à insulina

A baixa de peso, em pessoas obesas com diabetes tipo 2, melhora o controlo glicémico entre 10 a 20%. Estes benefícios podem vir a manter-se durante 1 a 3 anos, mesmo que o peso tenda a aumentar. Se for considerada a relação perda de peso e redução da mortalidade na população de obesos com diabetes, verifica-se que, em 75% das pessoas recém-diagnosticadas, a redução de 15 a 20% do peso no primeiro ano da doença se salda por redução significativa de risco. Igualmente, a associação de um regime alimentar adequado ao aumento da actividade física parece ter um efeito potenciador do benefício em termos de ganhos de saúde.

c) Dislipidemia

Nas pessoas obesas a dislipidemia mista⁶ melhora, facilmente, com a perda de peso, mesmo quando esta é modesta. A perda de 1kg de peso reduz o nível do colesterol LDL em 1%. Se a perda de peso for de 10kg, as reduções são de 10% no colesterol total, 15% no colesterol LDL e 30% nos triglicéridos, com aumento de 8% no colesterol HDL.

d) Função ovárica

A melhoria da sensibilidade à insulina, conseguida com a perda de 5% do peso, reflecte-se favoravelmente na mulher obesa com ovário poliquístico e hirsutismo,

⁶ Dislipidemia mista consiste no aumento do colesterol total, colesterol LDL e dos triglicéridos e redução do colesterol HDL.

traduzindo-se na recuperação dos ciclos menstruais e, por vezes, na própria ovulação e consequente fertilidade.

- e) Cancro
Embora a obesidade seja um reconhecido factor de risco de todo o tipo de cancros, não existe, até ao momento, evidência que permita afirmar que a perda de peso tem efeitos favoráveis na evolução de certo tipo de carcinomas em pessoas obesas. No entanto, no que respeita ao carcinoma da mama, é possível concluir que tal relação parece existir, associando-se a perda de peso a uma evolução clínica mais favorável do processo oncológico.
- f) Perda de peso e comportamento psicossocial
Existe melhoria dos estados de ansiedade, depressão e auto-estima em obesos com grandes perdas de peso, após cirurgia da obesidade. As pequenas perdas de peso, obtidas de forma conservadora, também contribuem para a melhoria da qualidade de vida.
- g) Perda de peso e redução da mortalidade
A perda de peso intencional reduz a mortalidade no caso da diabetes tipo 2 e doença cardiovascular associadas. O mesmo se verifica em pessoas obesas com enfarte do miocárdio prévio.
- h) Perda de peso em crianças e adolescentes obesos
A perda de 3% do peso corporal diminui, de forma significativa, a tensão arterial nos adolescentes obesos. Se o programa de emagrecimento incluir exercício físico, acentua-se a melhoria dos níveis tensionais. É, igualmente, evidente o efeito da perda de peso na redução dos níveis plasmáticos de triglicédeos e de insulina e o aumento do colesterol HDL, proporcionais à percentagem da perda. No caso da diabetes tipo 2 em crianças e adolescentes a perda de peso, embora difícil, é mais eficaz na melhoria do controlo glicémico quando o regime alimentar é reduzido em hidratos de carbono. Nos casos de esteatose hepática, a melhoria é, também, evidente, resultante da redução do hiperinsulinismo e do aumento da sensibilidade à insulina.

OBJECTIVOS

O Programa Nacional de Combate à Obesidade visa contribuir para a redução do peso nas pessoas obesas e nas pessoas que tenham particular risco ao desenvolver

obesidade, nomeadamente pessoas com diabetes tipo 2 e doença cardiovascular, contrariar hábitos determinantes do excesso de peso e, em termos globais, contribuir para o desenvolvimento de uma cultura de promoção de um peso saudável na população portuguesa, tendo em conta uma cooperação intersectorial.

O presente Programa visa, como objectivo geral, contrariar a taxa de crescimento da prevalência da pré-obesidade e obesidade em Portugal.

Para alcançar este objectivo geral, considera-se fundamental que o Programa Nacional de Combate à Obesidade atinja os seguintes objectivos específicos:

1. Reduzir a proporção de indivíduos com IMC entre 25 e 30.
2. Reduzir a proporção de indivíduos com IMC \geq 30.

POPULAÇÃO-ALVO

No âmbito do Programa Nacional de Combate à Obesidade deve considerar-se como população-alvo a constituída pelas pessoas, de ambos os sexos e de qualquer idade, pré-obesas, obesas e ex-obesas e, ainda, pelas pessoas incluídas nos seguintes grupos de risco:

1. Baixo ou elevado peso ao nascer.
2. Antecedentes familiares de obesidade.
3. Passado de doença de comportamento alimentar.
4. Mulheres com múltiplas gravidezes.
5. Mulheres na peri e pós-menopausa.
6. Ex-fumadores recentes.

HORIZONTE TEMPORAL

O Programa Nacional de Combate à Obesidade é operacionalizado pelos serviços prestadores de cuidados de saúde, abrangendo, em respeito pelo Plano Nacional de Saúde, o horizonte temporal que se estende até 2010, sem prejuízo de even-

tuais correcções que, avaliações intercalares do desenvolvimento do mesmo, venham, entretanto, a aconselhar.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

As estratégias de intervenção assentam na prevenção secundária do excesso de peso e das comorbilidades que ele acarreta. As estratégias a desenvolver, nomeadamente de natureza organizativa e de prática profissional, visam não apenas a melhoria de todo o processo de identificação e acompanhamento dos portadores de factores de risco, mas, também, a melhoria do diagnóstico, do tratamento, da recuperação e do controlo dos doentes, quantificada em termos de ganhos de saúde.

Consideram-se, no âmbito do presente Programa, como principais estratégias de intervenção, as seguintes:

E1.

Produzir e divulgar orientações técnicas sobre prevenção e tratamento da pré-obesidade e da obesidade, dirigidas a profissionais de saúde.

E2.

Elaborar orientações técnicas para a medição e registo sistemático do Índice de Massa Corporal e do Perímetro Abdominal, no Exame Periódico de Saúde – EPS.

E3.

Planear, criar e desenvolver consultas hospitalares de obesidade para doentes com obesidade Classe II com comorbilidades e com obesidade Classe III.

E4.

Produzir e divulgar critérios de qualidade e funcionamento das consultas hospitalares de obesidade.

E5.

Produzir e divulgar critérios de referência, dos doentes com obesidade Classe II com comorbilidades e com obesidade Classe III, para as consultas hospitalares de obesidade.

E6.

Planear, criar e desenvolver serviços hospitalares de cirurgia bariátrica.

E7.

Produzir e divulgar critérios de qualidade e de funcionamento de serviços hospitalares de cirurgia bariátrica.

E8.

Propor uma comissão nacional para avaliação da terapêutica cirúrgica da obesidade dos casos propostos para cirurgia e seu seguimento.

E9.

Divulgar periodicamente, junto dos profissionais de saúde, a localização das consultas hospitalares de obesidade e dos serviços hospitalares de cirurgia bariátrica.

E10.

Elaborar proposta de desenvolvimento de apoio multidisciplinar ao obeso, nomeadamente na área da nutrição, nos cuidados de saúde primários.

E11.

Elaborar proposta de listagem de fármacos e de suplementos alimentares, a serem sujeitos a um regime de comparticipação especial, para o tratamento da pré-obesidade com comorbilidades e da obesidade.

E12.

Promover, junto do Ministério da Segurança Social e do Trabalho, das entidades patronais e das organizações sindicais, a criação de condições para a disponibilidade de refeições equilibradas, sob o ponto de vista energético, nos locais de trabalho.

E13.

Promover, junto do Ministério da Educação, a criação de condições para a disponibilidade de refeições equilibradas, sob o ponto de vista energético, nos estabelecimentos de ensino.

ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO

As estratégias de formação compreendem as acções de natureza informativa, pedagógica e formativa dirigidas aos profissionais de saúde e à população, quer geral, quer pré-obesa, obesa e ex-obesa, incluindo grupos específicos que visam uma sua maior habilitação e capacitação para a gestão da sua saúde.

Para atingir os objectivos do Programa Nacional de Combate à Obesidade, consideram-se como principais estratégias de formação, as seguintes:

E14.

Produzir e divulgar, pelas equipas de saúde escolar, orientações técnicas sobre abordagem da pré-obesidade e da obesidade.

E15.

Produzir e divulgar, pelas equipas de saúde escolar, orientações técnicas sobre identificação de crianças com factores de risco para a obesidade.

E16.

Produzir e divulgar manual de auto-ajuda para a população pré-obesa, obesa e ex-obesa.

E17.

Promover, junto das Faculdades de Medicina, o aumento do número de horas de formação pré e pós-graduada, em abordagem da obesidade.

E18.

Promover, junto da Comissão Nacional do Internato Médico e das administrações hospitalares, o aumento do número de vagas do Internato Complementar de Endocrinologia.

E19.

Promover a formação obrigatória em abordagem da obesidade, nos internatos complementares de Medicina Geral e Familiar e de Cirurgia.

E20.

Promover a formação específica em abordagem da obesidade dos profissionais de saúde não médicos e o aumento do número de vagas para estágio da especialidade da Carreira Técnica Superior de Saúde.

E21.

Elaborar instrumentos pedagógicos, destinados aos profissionais de saúde, sobre abordagem da obesidade.

ESTRATÉGIAS DE COLHEITA E ANÁLISE DE INFORMAÇÃO

As estratégias de colheita e análise de informação compreendem as acções que visam melhorar o conhecimento epidemiológico da obesidade, assim como obter informação sobre o seu impacto na saúde dos indivíduos.

Para atingir os objectivos do Programa Nacional de Combate à Obesidade, consideram-se como principais estratégias de colheita e análise de informação, as seguintes:

E22.

Desenvolver parcerias multisectoriais, com vista à criação de um observatório para a pré-obesidade e obesidade, que englobe sistemas de colheita de informação que permitam a obtenção e a análise de dados sobre a prevalência e incidência da pré-obesidade e da obesidade, sobre as comorbilidades associadas e a sua evolução face às acções desenvolvidas, assim como dos dados referentes aos doentes propostos e submetidos a cirurgia bariátrica.

E23.

Monitorizar os ganhos de saúde resultantes da acção do Programa Nacional de Combate à Obesidade.

CRONOGRAMA

Estratégia	2005 Trimestres				2006 Trimestres				2007 Trimestres				2008 Trimestres				2009 Trimestres			
	1.º	2.º	3.º	4.º																
E1																				
E2																				
E3																				
E4																				
E5																				
E6																				
E7																				
E8																				
E9																				
E10																				
E11																				
E12																				
E13																				
E14																				
E15																				
E16																				
E17																				
E18																				
E19																				
E20																				
E21																				
E22																				
E23																				

ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A coordenação nacional do Programa Nacional de Combate à Obesidade, assim como o acompanhamento da sua execução e avaliação anual, é da responsabilidade da Direcção-Geral da Saúde, através de uma Comissão Nacional de Coordenação criada por Despacho do Ministro da Saúde.

A monitorização periódica do Programa Nacional de Combate à Obesidade é efectuada com base nos seguintes indicadores diferenciados por sexo:

- Prevalência da obesidade aos 12 e 24 meses*
- Prevalência da obesidade aos 5, 11, 15 e 18 anos*
- Prevalência da pré-obesidade dos 19 aos 64 anos*
- Prevalência da obesidade dos 19 aos 64 anos*
- Proporção de indivíduos com IMC entre 25 e 30*
- Proporção de indivíduos com IMC \geq a 30*

BIBLIOGRAFIA

1. Afonso C. *Saúde, actividade física e peso corporal: contributo para o seu conhecimento numa amostra da população adulta Portuguesa*. Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Medicina e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 1999
2. Astrup A. *Healthy lifestyles in Europe: prevention of obesity and type II diabetes by diet and physical activity*. *Public Health Nutr.* 2001; 4:499-515
3. *CDC Growth Charts*, National Center of Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, USA 2000
4. Carmo I, Carreira M, de Almeida MDV, Lima Reis JP, Medina JL, Galvão Teles A. Estudo da prevalência da obesidade em Portugal. *Boletim da SPEO* 2000; 3-5
5. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey*, *BMJ* 2000; 320: 1240-3

6. de Almeida MDV, Graça P, Afonso C, D'Amicis A, Lappalainen R, Damkjaer S. *Physical activity levels and body weight in a nationally representative sample in the European Union*. Public Health Nutrition 1999; 2:105-13
7. de Almeida MDV, Thomas JE. *Nutritional consequences of migration*. Scandinavian Journal of Nutrition 40; 1996; 40 suppl 31:119s-21s
8. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. *Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000*. JAMA 2002 288:1723-7
9. Frisancho AR. *Anthropometric Standards for Assessment of Growth and Nutritional Status*. The University of Michigan Press, 4th Ed 1993
10. Goldstein DJ. Beneficial health effects of modest weight loss. International Journal of Obesity, 1992, 16:397-415
11. Graça P, Mendes de Oliveira B, Nogueira P, Branco MJ, de Almeida MDV. Auto-percepção estatoponderal e estratégias de redução de peso em adultos portugueses. *Revista de Alimentação Humana* 2000; 6: 121-30
12. Jacome de Castro J, Aleixo Dias J, Baptista F, Garcia e Costa J, Galvão Teles A, Camilo Alves A. *Secular trends of weight, height and obesity in cohorts of young Portuguese males in the District of Lisbon: 1960-1990*. European Journal of Epidemiology 1998; 14:299-303
13. João Pereira et al. *Estudo com base no Inquérito Nacional de Saúde (INS), 1995/96*. Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 1996
14. Lean MEJ et al. Obesity, weight loss and prognosis in type 2 diabetes *Diabetic Medicine*, 1990, 7:228-33
15. Padez, Cristina. *Prevalência da obesidade na infância*. Departamento de Antropologia da Universidade de Coimbra, 2001
16. Pories WJK et al. Surgical treatment of obesity and its effect on diabetes: 10 year follow-up. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1992; 55 suppl 582s-5s
17. Rocchini AP et al. Blood pressure in obese adolescents: effect of weight loss. *Pediatrics*, 1988, 82: 16-23
18. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Obesity in Scotland. Integrating prevention with weight management. A natural clinical guideline recommended for use in Scotland. Edinburgh, 1996
19. Who. The World Health Report 2000. Obesity – Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva, 2000.
20. Williamson DF et al. Prospective study of intentional weight loss and mortality in never-smoking overweight US white women aged 40-64 years. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 141:1128-41

